

All 2. (su carta intestata medico ASL)

Certificazione Medica per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico

Constata la assoluta necessità

SI CERTIFICA

la somministrazione dei farmaci sottoindicati in orario scolastico per il minore:

cognome e nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola _____ plesso di _____

a. Nome del farmaco _____

Durata della terapia dal _____ al _____

☐ Somministrazione quotidiana - orario e dose da somministrare _____

Modalità di somministrazione _____

Note _____

☐ Somministrazione al bisogno – Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco _____

Capacità dell'alunno/a a effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta) SI' NO

Modalità di conservazione _____

Note _____

b. Nome del farmaco salvavita _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco _____

Modalità di conservazione _____

Modalità di somministrazione _____

Note _____

Data _____

(Medico ASL – Timbro e firma)